

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ОСТРЫХ ЯЗВ КУЛЬТИ ТОНКОЙ КИШКИ

В.П. Земляной, С.Е. Климов, Б.В. Сигуа, А.А. Козобин, М.Г. Козловская

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Российская Федерация

RARE CASE OF BLEEDING FROM ACUTE ULCERS OF THE SMALL INTESTINAL STUMP

V.P. Zemlyanoy, S.E. Klimov, B.V. Sigua, A.A. Kozobin, M.G. Kozlovskaya

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St.-Petersburg, Russian Federation

РЕЗЮМЕ

Проблема диагностики и лечения желудочно-кишечных кровотечений из неустановленных источников остается одной из сложнейших в ургентной хирургии за счет высокой частоты осложнений и уровня летальности, достигающей 80%. Доступные методы эндоскопической диагностики в 10–15% наблюдений не позволяют уточнить источник кровотечения. Представлено клиническое наблюдение пациента с кишечным кровотечением тяжелой степени кровопотери из острых язв культы тонкой кишки.

Ключевые слова:

острые язвы тонкой кишки, кишечное кровотечение.

ABSTRACT

The diagnosis and management of gastrointestinal bleeding from unknown sources is one of the most difficult problems in emergency surgery as it is associated with a high level of morbidity and mortality, which may reach 80%. Available methods of endoscopic diagnostic in 10–15% cases of these disease don't identify the source of bleeding. We report the clinical observation of a patient with intestinal bleeding of a high severity from acute ulcers of small intestinal stump.

Keywords:

acute ulcers of the small intestine, intestinal bleeding.

АД — артериальное давление
ЖКК — желудочно-кишечное кровотечение
ФЭГДС — фиброэзофагогастродуоденоскопия
Er — эритроциты

HCT — гематокрит
Hg — гемоглобин
Leu — лейкоциты
Ps — пульс

Одной из самых сложных проблем современной ургентной хирургии является диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) из неустановленных источников. Несмотря на то, что в структуре ЖКК данный вид кровотечений составляет не более 10–15%, они характеризуются высокой частотой осложнений и высоким уровнем летальности [1, 2]. При этом следует отметить, что в 15% наблюдений источник кровотечения локализуется ниже связки Трейтца — в тонкой кишке — в 1%, в ободочной и прямой кишке — в 14% наблюдений. При ЖКК с неустановленным до операции источником летальность может достигать 80% [2, 3].

Кровотечение из тонкой кишки может быть обусловлено целым рядом патологических состояний: сосудистые заболевания (ангиоэктазии, ангиодисплазии и др.) до 80% всех случаев, опухоли тонкой кишки являются второй по частоте причиной — до 10%, эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки тонкой кишки, в том числе при болезни Крона, — до 5,0%, а также более редкие причины (дивертикул Меккеля, рефрактерная целиакия, аорто-энтеральная фистула) — не чаще 0,5–5,0% всех случаев [1–6].

В доступной литературе нам не удалось найти случаев образования острых язв тонкой кишки, осложненных кровотечением с тяжелой степенью кровопотери, и при этом не связанных со специфическим воспалительным процессом. Большинство авторов объясняют образование острых язв в тонкой кишке длительным нарушением режима питания, частым приемом алкоголя и даже с резким повышением содержания соляной кислоты в желудочном соке [1]. Иногда острые язвы тонкой кишки возникают после операций на желудке и других органах брюшной полости, а также после травм, в том числе и живота. Вероятно, имеют значение мощные нервно-рефлекторные влияния, и тут возможно проведение ассоциативных связей со стрессовыми язвами желудка, однако эти вопросы являются сферой интересов патофизиологов, и им еще предстоит уточнение всех факторов этиологии образования острых язв в тонкой кишке. К особенностям патогенеза язв тонкой кишки можно отнести их склонность к быстрому разрушению стенки органа, что обуславливает такие осложнения, как прободение и/или массивные кровотечения [2, 3].

Другой важной причиной развития острых язв может явиться технический дефект формирования тонко-тонкокишечного анастомоза. Так, при формировании анастомозов по типу «бок в бок» следует учитывать, что ширина анастомоза должна соответствовать диаметру отводящей петли [7]. Продольный разрез, длина которого значительно превышает диаметр кишки, не является фактором улучшения пассажа кишечного содержимого, а наоборот, может являться причиной развития так называемого «синдрома слепой петли» вследствие нарушения пассажа кишечного содержимого. В слепых концах кишок развиваются застойные явления и скопление кишечного содержимого, что приводит к их значительному удлинению, воспалительным явлениям, а также изъязвлению слизистой [7, 8].

Существует множество методов исследования тонкой кишки, таких как зондовая энтерография, ангиография, радиоизотопная сцинтиграфия, средства непрямого визуализации — магнитно-резонансная энтерография, спиральная компьютерная томография с контрастированием, позитронно-эмиссионная компьютерная томография, а также мини-инвазивные методы — видео-капсульная и баллонно-ассистированная энтероскопия [1, 9]. Все предложенные выше методики, безусловно, улучшили диагностику заболеваний тонкой кишки, но в экстренных случаях возможности многих диагностических методов ограничены, так как зачастую на обнаружение и распознавание источника кровотечения отводится минимальное количество времени. Но при этом необходимо учитывать, что диагностическая ценность эксплоративной лапаротомии при выявлении источника кровотечения также не превышает 31,0–65,0% [1, 10].

Отсутствие общепринятой диагностической доктрины при желудочно-кишечных кровотечениях с неустановленным источником и существующие разногласия по лечению данной категории пациентов во многом обуславливают неудовлетворительные результаты. На сегодняшний день решение о выполнении экстренного оперативного вмешательства принимается индивидуально. В первую очередь ориентируются на клиническую картину, а также исходят из доступных в стационаре методов диагностики. Объем оперативного вмешательства, как правило, определяется интраоперационно.

Ниже приводим клиническое наблюдение из собственной практики.

Больной Д., 22 лет, доставлен в Елизаветинскую больницу в состоянии шока 15.04.2012 в 14:40, через 5 ч от начала заболевания с клинической картиной кишечного кровотечения. Заболевание проявилось слабостью, головокружением, меленой. Диспептических явлений не было. В 2000 г. перенес аппендэктомию. В 2002 г. оперирован по поводу спаечной кишечной непроходимости, была произведена резекция тонкой кишки. При поступлении: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, АД=130/80 мм рт.ст., Ps=100 уд/мин. *Per rectum*: сфинктер в тонусе. Ампула прямой кишки заполнена жидкими каловыми массами черного-красного цвета. В анализе крови — Hg 75 г/л, Eг $2,68 \cdot 10^{12}/л$, НСТ 0,232, Leu $10,1 \cdot 10^9/л$. Экстренная ФЭГДС (15.04.2012): без патологических изменений.

На фоне проводимой инфузионной, гемостатической, противоязвенной терапии произведена подготовка и выполнена экстренная колоноскопия. Во всех отделах тол-

стой кишки малоизмененная кровь. Толстая кишка осмотрена на всем протяжении, до купола слепой кишки, осмотрено также 15,0 см подвздошной кишки. Подвздошная кишка заполнена кровью, слизистая на доступных осмотрах участков розовая, не отечная, без дефектов. Заключение: тонкокишечное кровотечение.

Учитывая клинические, лабораторные данные и результаты эндоскопии, выставлены показания к экстренному оперативному вмешательству. 15.04.2012 произведена лапаротомия. В брюшной полости выраженный спаечный процесс, произведено рассечение спаек. В 50,0 см от илеоцекального угла обнаружен широкий (до 10,0 см) энтеро-энтероанастомоз, сформированный по типу «бок в бок». Заглушенные концы кишки длинные, до 7,0 см. В области анастомоза слизистая кишки рыхлая, отечная. Проксимальнее зоны анастомоза кишка спавшаяся, а дистальнее подвздошная и вся толстая кишка содержат значительное количество крови. Других возможных источников кровотечения не обнаружено. Произведена резекция области энтеро-энтероанастомоза, отступая 10,0 см дистальнее и 30,0 см проксимальнее, с последующим формированием энтеро-энтероанастомоза по типу «конец в конец».

Диагноз после операции: «Острые язвы культи тонкой кишки и межкишечного анастомоза, осложненные кровотечением с тяжелой степенью кровопотери».

Препарат (рис. 1): резецированный участок тонкой кишки с анастомозом, заглушенные участки кишки длиной до 7,0 см. На разрезе: в области анастомоза и заглушенного участка отводящей кишки определяются язвенные инфильтраты с дефектами, покрытыми гемосидерином.

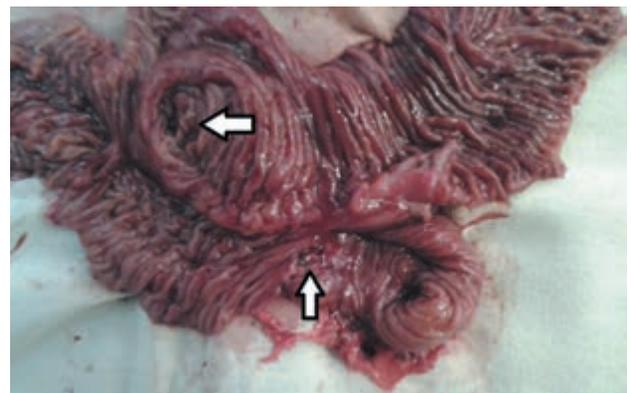


Рис. 1. Удаленный участок тонкой кишки с межкишечным анастомозом и язвами в культе тонкой кишки

Гистологическое заключение: участок тонкой кишки с межкишечным анастомозом: изъязвления и острые язвы, диффузная лимфоцитарная инфильтрация и расстройства кровообращения в области анастомоза. Края резекции обычного строения.

Послеоперационное течение осложнилось проявлениями спаечной болезни, которые разрешились консервативными мероприятиями. Больной выписан на 21-е сут в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства.

Приведенный клинический случай свидетельствует о значительных трудностях дооперационной диагностики тонкокишечных кровотечений и выбора хирургической тактики у больных с неустановленным до операции источником кишечного кровотечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова Е.В. Современные методы энтероскопии в диагностике и лечении заболеваний тощей и подвздошной кишки: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2013. – 243 с.
2. Малков И.С. Избранные разделы неотложной абдоминальной хирургии. – Казань: Изд-во КГТУ, 2013. – 405 с.
3. Парфенов А.И. Энтерология. Рук-во для врачей. – 2-е изд, перераб. и доп. – М.: МИА., 2009. – 880 с.
4. Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Брехов Е.И. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных ангиодисплазией кишечника. – М., 2013. – 13 с.
5. Assche G., Dignass A., Panes J. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis // *J. Crohn's Colitis*. – 2010. – Vol. 4, N. 1. – P. 7–27.
6. Bollinger E., Raines D., Saitta P. Distribution of bleeding gastrointestinal angioectasias in a Western population // *World J Gastroenterol*. – 2012. – Vol. 18, N. 43. – P. 6235–6239.
7. Плечев В.В., Тимербулатов В.М., Шилов И.С. и др. Новый способ формирования межкишечного анастомоза // *Креативная хирургия и онкология*. – 2011. – №1. – С. 69–74.
8. Гусев О.А., Галкин Р.А., Козиниченко О.А. Прецизионное формирование анастомозов при операциях на желудке и кишечнике // *Хирургия*. – 1997. – № 8. – С. 37–39.
9. Alexander J.A., Leighton J.A. Capsule endoscopy and balloonassisted endoscopy: competing or complementary technologies in the evaluation of small bowel disease? // *Curr. Opin. Gastroenterol*. – 2009. – Vol. 25. – P. 433–437.
10. Gayer C., Chino A., Lucas C., et al. Acute lower gastrointestinal bleeding in 1, 112 patients admitted to an urban emergency medical center // *Surgery*. – 2009. – Vol. 146, N. 4. – P. 600–606.

REFERENCES

1. Ivanova E.V. *Modern methods of enteroscopy in the diagnosis and treatment of diseases of the jejunum and ileum*. Dr. med. sci. diss. Moscow, 2013. 243 p. (In Russian).
2. Malkov I.S. *Selected sections of emergency abdominal surgery*. Kazan: Izd-vo KGTU Publ., 2013. 405 p. (In Russian).
3. Parfenov A.I. *Enterology*. 2nd ed., rev. and enl. Moscow: MIA Publ., 2009. 880p. (In Russian).
4. Shelygin Yu.A., Achkasov S.I., Brekhov E.I., et al. *Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of adult patients for angiodysplasia of the intestine*. Moscow, 2013. 13p. (In Russian).
5. Assche G., Dignass A., Panes J. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. *J Crohn's Colitis*. 2010;4(1):7–27.
6. Bollinger E., Raines D., Saitta P. Distribution of bleeding gastrointestinal angioectasias in a Western population. *World J Gastroenterol*. 2012;18(43):6235–6239.
7. Plechev V.V., Timerbulatov V.M., Shilov I.S., et al. New method of formation of interintestinal anastomosis. *Kreativnaya khirurgiya i onkologiya*. 2011;1:69–74. (In Russian).
8. Gusev O.A., Galkin R.A., Kolinichenko O.A. Precision formation of anastomoses during operations on the stomach and intestines. *Khirurgiya*. 1997;8:37–39. (In Russian).
9. Alexander J.A., Leighton J.A. Capsule endoscopy and balloonassisted endoscopy: competing or complementary technologies in the evaluation of small bowel disease? *Curr Opin Gastroenterol*. 2009;25:433–437.
10. Gayer C., Chino A., Lucas C., et al. Acute lower gastrointestinal bleeding in 1, 112 patients admitted to an urban emergency medical center. *Surgery*. 2009;146(4):600–606.

Received on 07.04.2016

Contacts:

Badri Valeryevich Sigua,
Dr. Med. Sci., Docent, Associate Professor of the Department
of Faculty Surgery n.a. I.I. Grekov, North-Western State
Medical University named after I.I. Mechnikov
e-mail: dr.sigua@gmail.com

Поступила 07.04.2016

Контактная информация:

Сигуа Бадри Валериевич,
д.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии
им. И.И. Грекова СЗГМУ им. И. И. Мечникова
e-mail: dr.sigua@gmail.com